

事業所 記号	
住所	
名称	
事業主氏名	印
電話番号	

# 健康保険資格取得届

健康記入欄	常務理事	事務長	担当	担当

令和 年 月 日 提出

被保険者	理由	被保険者 番号	被保険者名 (フリガナ)	性別 男・女	生年月日 昭・平・令	取得(該当)日 令和	備考 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者 3. 短時間労働者 4. 退職後の継続再雇用者 5. その他	被扶養者 1. 有 2. 無	健康記入欄	取得日			個人番号確認			
										事務処理日			入力者	確認者①	確認者②	
										年	月	日				
被保険者 1	入社・編入									令和	年	月	日			
	個人番号(マイナンバー)						〒									
	報酬月額	ア(通貨) 円	イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	住所											
											電話番号	-	-			
被保険者 2	入社・編入									令和	年	月	日			
	個人番号(マイナンバー)						〒									
	報酬月額	ア(通貨) 円	イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	住所											
											電話番号	-	-			
被保険者 3	入社・編入									令和	年	月	日			
	個人番号(マイナンバー)						〒									
	報酬月額	ア(通貨) 円	イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	住所											
											電話番号	-	-			
被保険者 4	入社・編入									令和	年	月	日			
	個人番号(マイナンバー)						〒									
	報酬月額	ア(通貨) 円	イ(現物) 円	ウ(合計ア+イ) 円	住所											
											電話番号	-	-			

